ITEM 205 : HÉMOPTYSIE

Les rangs utilisés sont ceux du collège de Pneumologie (plus précis que pour la fiche LiSA)

3 QUESTIONS ESSENTIELLES

1) S'agit-il bien d'une hémoptysie ?
- Sang **rouge vif** extériorisé par la bouche au cours d'un **effort de toux**, venant des **voies aériennes sous-glottiques.**
- **Prodromes** évocateurs : chaleur rétrosternale, angoisse, chatouillement laryngé ou gout métallique.
- Diagnostic différentiel :
  ° **Hématémèse :** sang noir, non aéré, émis lors d'un effort de vomissement ➔ FOGD.
  ° **Saignement ORL** : épistaxis postérieur ou saignement pharyngo-laryngé ➔ examen ORL, nasofibroscopie.

➔ Si doute : fibroscopie bronchique ou angioTDM thoracique.

2) Gravité de l'hémoptysie ?
- Selon l'abondance :
  ° Faible abondance : < 50 mL (5 cuillères à soupes).
  ° Moyenne abondance : 50 – 200 mL (jusqu'à 2 verres).
  ° Grande abondance (= grave) : **≥ 200 mL** chez un sujet sain ou **> 50 mL** chez un insuffisant respiratoire.
- Selon le terrain sous-jacent ou la persistance du saignement malgré un traitement bien conduit**.**

➔ La gravité de ne se fait pas sur l'anémie ou le choc hémorragique mais sur **l'hypoxémie ou l'asphyxie**.

➔ Pleins au 3/4 : cuillère à dessert = 5 mL, cuillère à soupe = 10 mL, verre/crachoir = 100 mL, haricot/bol = 500 mL.

3) Mécanismes et causes ?
- Provient généralement de la **circulation systémique bronchique (artère bronchique)** par hyper-vascularisation systémique sur une pathologie respiratoire sous-jacente, ou plus rarement de la **circulation pulmonaire (artérielle ou veineuse).**
- Principales étiologies (**ABCDE**) :
  ° **Aspergillome (infection à Aspergillus Fumigatus sur une cavité séquellaire).**
  ° **BK : tuberculose active ou séquellaire.**
  ° **Cancer broncho-pulmonaire.**
  ° **DDB : dilatation des bronches (bronchectasies).**
  ° **Embolie pulmonaire.**

ÉTIOLOGIE

Fréquente
- **Cancer broncho-pulmonaire, tumeur carcinoïde, métastase pulmonaire** ➔ fibroscopie bronchique.
- **Bronchectasie** localisée ou diffuse : infection, bronchite à répétition dans l'enfance, mucoviscidose…
- **Tuberculose pulmonaire** : ° **Séquelle** : **cicatrice, bronchectasie, broncholithiase.**
  ° **Forme évolutive** : **érosion vasculaire par caverne, miliaire.**
- ***Aspergillus*** **:** **aspergillome** (sur une cavité préexistante) ou **aspergillose invasive** (chez l'immunodéprimé).
- **Idiopathique** ou **cryptogénique** = **syndrome de Dieulafoy bronchique** : 10 à 25 % des cas, parfois massive.

Moins fréquente

Cause infectieuse	- Pneumonies infectieuses nécrosantes : entérobactérie, *S. aureus, P. aeruginosa, Actinomyces, Nocardia.* - Infections à mycobactéries non tuberculeuses.
Cause cardio-vasculaire	- Embolie pulmonaire (faible abondance). - HTAP. - Malformations artérioveineuses (isolées ou maladie de Rendu-Osler).
Hémorragie alvéolaire	- Insuffisance cardiaque gauche (OAP), rétrécissement mitral. - Médicamenteux : pénicillamine, isocyanates, anticoagulant, crack. - Vascularite : granulomatose avec polyangéite de Wegener, polyangéite microscopique… - Connectivite : lupus érythémateux disséminé. - Syndrome de Goodpasture. - Autre : thrombopénie chez l'immunodéprimé, cause infectieuse, hémosidérose idiopathique.
	- Traumatique : érosion pulmonaire (fragment costal), contusion pulmonaire, CE, rupture trachéo-bronchique. - Vasculaire : anévrisme pulmonaire, cathétérisme droit. - Séquestration pulmonaire. - Maladie pulmonaire fibrosante : sarcoïdose, fibrose pulmonaire.

➔ La **BPCO** n'est **pas une cause** d'hémoptysie habituelle **:** recherche d'une cause sous-jacente, notamment **néoplasique.**

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

➔ Confirmer la réalité de l'hémoptysie, sa gravité, sa latéralité et son diagnostic étiologique.

C
- Antécédents respiratoires, histoire médicale récente, recherche de signes de mauvaise tolérance (SpO2, FR).
- **Gêne thoracique latéralisée** : peut orienter vers le côté atteint.
- **Signes cliniques orientant le diagnostic :** hippocratisme digital (DDB, cancer, cardiopathie congénitale), signes associés au cancer, pathologie valvulaire cardiaque, signes de vascularite systémique…

PC
- SpO2 ± gaz du sang.
- Bilan standard : **NFS, bilan de coagulation, groupage sanguin, GDS, ± D-dimères, ± troponine/NT-proBNP, ECG.**

➔ Un trouble de coagulation est un facteur aggravant mais ne peut pas être l'unique cause d'une hémoptysie.
- Recherche de **BK sur expectoration** (culture + ED) si orientation : possible même en cas d'hémoptysie.
- Sérologie et dans certains cas antigénémie aspergillaire.
- ECG et échocardiographie : élément diagnostic en cas de suspicion d'OAP à forme hémorragique (recherche des signes de nécrose myocardique ou de troubles du rythme).

Scanner thoracique
= **Examen-clé**, avec injection au temps artériel bronchique : **indispensable.**
- **Nature** de la lésion : **bronchectasie, lésion de petite taille non vue à la RP, lésions associées.**
- **Localisation** de la lésion.
- **Cartographie vasculaire** (repère les artères bronchiques → oriente la radio-embolisation).

TTT		**Fibroscopie bronchique**	= Non systématique, de réalisation difficile lors du saignement : - **Confirme le diagnostic d'hémoptysie** en cas de doute (notamment sur hématémèse). - **Localisation du saignement** en cas de lésions multiples au scanner (bronchectasies diffuses…) - Identification de la cause du saignement quand il s'agit d'une tumeur bronchique proximale.
		Artériographie bronchique	- Uniquement à visée **thérapeutique** (= **embolisation**). - Pas de place dans la démarche diagnostique pure.
	Traitement médical		→ **Hospitalisation systématique** en milieu spécialisé (soins continus, réanimation). - **Repos au lit strict.** - **Mise en conditions** (selon la gravité) : pose de 1 ou 2 VVP, scope (saturation, FR, FC, PA). - **Oxygénothérapie** souvent nécessaire (surtout si pathologie respiratoire sous-jacente ou volume d'hémoptysie abondant) : objectif de saturation ≥ 90 %. - Arrêt des traitements anticoagulants si possible ± vitamine K ± PPSB. - Traitement étiologie (ex : antituberculeux).
		Vaso-constricteur IV	= **Terlipressine** : si hémoptysie grave, hors AMM. - Utilisation prudente/**CI : HTA, cardiopathie ischémique.** - EI : . **Vasoconstriction coronaire (IDM), splanchnique, cérébrale (AVC).** . **Hyponatrémie** en cas d'utilisation prolongée. → **Empêche la réalisation d'une EAB dans les 6 heures qui suivent !**
		Protection des voies aériennes	= Nécessaire seulement si hémoptysie massive : - **Décubitus latéral** du côté du saignement (si connu).
		Intubation avec ventilation mécanique	= Dans les formes sévères : protection des voies aériennes par : - **Sonde à double lumière de Carlens.** - A défaut : . **Intubation** volontairement **sélective,** du côté sain. . **Sonde à ballonnet** dans la bronche souche du côté atteint.
	Traitement endoscopique		= Lors de la fibroscopie : **instillation locale**, d'efficacité limitée. - **Toilette bronchique** avec **aspiration des caillots**. → La mobilisation du caillot en rapport avec le saignement est à proscrire. - **Sérum physiologique glacé** (instillations répétées par bolus de 20 à 50 mg). - En cas d'échec ou d'hémoptysie très abondante : **Xylocaïne® adrénalinée** ou **sérum physiologique adrénaliné**, **terlipressine.**
	Embolisation artérielle bronchique (EAB)		= **Radiologie interventionnelle** : traitement de référence (si disponible). Risque : embolisation paradoxale d'autres artères systémiques, notamment de l'artère spinale ant.
		Réalisation	- **Repérage des artères bronchiques** en cause. - Identification de leur caractère anormal éventuel : élargissement, hyper-vascularisation, shunt systémo-pulmonaire. - Caractère actif d'un saignement : flaque (*blush*) de produit de contraste. - **Injection de particules ou de spirales** pour obstruer l'artère atteinte.
	Traitement chirurgical		= **Lobectomie** voire **pneumectomie** : traitement radical de la lésion responsable de l'hémoptysie. - Seulement si : . Zone pathologique limitée (à un lobe, ou au moins à un poumon). . Fonction respiratoire autorisant la résection pulmonaire. - Indications : . En urgence, uniquement en cas d'échec de l'EAB (mauvais pronostic). . À froid, à distance de l'hémoptysie pour prévenir la récidive.

HÉMORRAGIE INTRA-ALVEOLAIRE

Hémorragie intra-alvéolaire = irruption de sang dans l'alvéole pulmonaire suite à l'agression de la barrière alvéolo-capillaire.
- Complication aiguë rare, engageant le pronostic vital (20 à 100 % de mortalité).

ÉTIOLOGIE	Cause auto-immune	- **Vascularite** : **polyangéite microscopique** et **granulomatose avec polyangéite** principalement. - **Maladie de Goodpasture** : Ac anti-MBG circulant, touche le sujet jeune et fumeur principalement. - Collagénose : **lupus** principalement. → **Syndrome pneumo-rénal** fréquent : protéinurie, hématurie, IR rapidement progressive.
	Cause non immune	- **Rétrécissement mitral.** - **Œdème pulmonaire cardiogénique.** - **Coagulopathie** : anticoagulant, CIVD, purpura thrombopénique. - Médicamenteux : **D-pénicillamine, amiodarone, azathioprine, acide transrétinoïque, méthotrexate.** - Toxique : **cocaïne.** - Infection : **leptospirose**, **hantavirus**, **aspergillose invasive**, ***Candida***, **infection à CMV**, **grippe maligne.** - **Néphropathie à IgA.** - **SAPL.** - **Maladie cœliaque.** - **Idiopathique** (hémosidérose idiopathique).

DIAGNOSTIC	Diagnostic positif	- **Hémoptysie** (2/3 des cas) : rarement abondante. - **Insuffisance respiratoire aiguë.** - **Anémie** d'installation brutale. - **Infiltrats pulmonaires radiologiques** : images micronodulaires, évoluant vers des opacités alvéolaires. - LBA = confirmation : . Liquide uniformément hémorragique. . Liquide rosé avec nombreuses hématies. . Liquide clair/grisé avec **> 20-30 % de sidérophages** ou **score de Golde > 20.**
	Bilan	- **Signes extrapulmonaires** : arthralgie, rhinite, perforation nasale, conjonctivite, atteinte cutanée… - **BU** et **bilan rénal** systématique : syndrome pneumo-rénal (cause immune principalement). - Bilan immunologique : **ANCA, anti-MBG, AAN, dosage du complément.** - **Ponction-biopsie rénale** en cas d'atteinte rénale : orientation étiologique. - **Biopsie pulmonaire** : en dernier recours.
TTT		- TTT symptomatique : **oxygénothérapie, ventilation mécanique, transfusion**… - **Corticothérapie** à forte dose en bolus. - **Cyclophosphamide** : en cas de vascularite, de lupus ou de syndrome de Goodpasture. - **Échange plasmatique** : en cas de syndrome de Goodpasture.